

Acesso a Unidades Básicas de Saúde no município de Pelotas/Rio Grande do Sul

Access to Primary Health Care Units in the city of Pelotas/Rio Grande do Sul

Maria Michelle Ferreira Rodrigues

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: michelli_fr8@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-0315-406X

Pietra de Matos Freitas

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: pietra_freitas321@outlook.com; ORCID: 0000-0002-8473-1374

Manuela Trindade da Silva

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: manuela.trindade@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0001-8972-1792

Nicolly Ascenço

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: nicolly.ascenco@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0002-3448-8468

Giorgia Labatut

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: giorgialabatut@gmail.com; ORCID: 0000-0003-0418-8517

Katarina Bender Boteselle

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: katarina.boteselle@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0002-8214-0562

Lia Caroline Araújo Robaina

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: lia.robaina@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0002-2449-8523

Contribuição dos autores:
MMFR contribuiu na elaboração do projeto, na coleta de dados, escrita, revisão final do manuscrito e submissão à revista. PMF contribuiu na elaboração do projeto, na coleta de dados, escrita e revisão final do manuscrito. MTS contribuiu na elaboração do projeto, na coleta de dados, escrita e revisão final do manuscrito. NA contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. GL contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados e escrita. KBB contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados e escrita. LCAR contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados e escrita. JYSG contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados e escrita. SFYB contribuiu na elaboração do projeto, análise dos dados e escrita. LOM contribuiu na elaboração do projeto, orientação da escrita e revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Jaqueline Yonara da Silva Galhardo

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: jaqueline.galhardo@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0001-8447-9570

Shiren Fathi Yusef Bakri

Acadêmica de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel),
Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: shiren.bakri@sou.ucpel.edu.br; ORCID: 0000-0002-4829-6424

Leticia Oliveira de Menezes

Doutorado em Saúde e Comportamento. Docente na Universidade Católica
de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: menezes_leticia@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0001-5393-8770



Conflito de interesses: Os
autores declaram não possuir
conflito de interesses.

Recebido em: 10/04/2023

Aprovado em: 05/02/2024

Editor responsável: Virgínia de
Menezes Portes

Resumo: O objetivo do trabalho é analisar o fluxo de acesso às Unidades Básicas de Saúde no município de Pelotas/RS no ano de 2022. **Metodologia:** Estudo qualitativo observacional, exploratório e descritivo realizado através da coleta de dados na Secretaria Municipal de Saúde, e busca nas bases de dados referenciais. **Resultados:** Em Pelotas/RS, no ano de 2022, possuía 51 Unidades Básicas contempladas por 100 equipes de saúde. Em relação ao horário de funcionamento, 90% das unidades atuavam em horário comercial e, apenas 10%, em horário estendido. Quanto à territorialização, encontrava-se em processo de adesão à política de população adscrita, tendo, no momento do estudo, 45 de suas unidades com a área populacional total de abrangência. Além disso, nos últimos anos foi implementado o sistema de acolhimento como forma de primeiro atendimento. **Conclusões:** No que tange ao objeto de estudo - o acesso - viu-se que a principal barreira está no horário de funcionamento das unidades. A modificação na forma de atendimento, implementado o acolhimento, foi visivelmente benéfico à população, permitindo maior porta de entrada à saúde. Evidenciou-se, ainda, algumas lacunas que podem impedir o acesso integral dos indivíduos, como a falta de alguns profissionais nas unidades e a fragmentação do sistema, esse último podendo ser solucionado com o incentivo e o investimento à tecnologia, a favor da integração dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégias de Saúde Nacionais; Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article's objective is to analyse the flow of access to Primary Health Units in the city of Pelotas/RS, in the year 2022. **Methodology:** Qualitative, observational, exploratory and descriptive study, carried out through data collection at the Municipal Department of Health, and search in reference databases. **Results:** The city of Pelotas, in 2022, had 51 Primary Health Units covered by 100 health teams. Regarding opening hours, 90% of the units in the city operated during business hours and only 10% during extended hours. As for territorialization, the city was in the process of adhering to a new population policy, having, at the time of the study, 45 of its units with their designated population area. In addition, in recent years, a "open door" system has been implemented as a form of first aid. **Conclusions:** Regarding the object of study - access -, it was seen that the main barrier is the opening hours of the units. The change in the form of

care, implementing the “open door”, was visibly beneficial to the population, allowing broad entry to public health care. There were also some gaps that could prevent individuals from having full access, such as the lack of some professionals in the units and the fragmentation of the system, the latter of which can be solved with incentives and investment in technology, in favor of the integration of services.

Keywords: Primary Health Care; National Health Strategies; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS)¹ dispõe de três níveis de atenção em saúde: atenção primária, secundária e terciária. Essas categorias são responsáveis pela promoção de serviços que variam entre baixa, média e alta complexidade, cujo objetivo é proteger, manter e restaurar a saúde de seus usuários.¹

A atenção primária à Saúde (APS)¹ é o primeiro nível de atenção, caracterizando-se por ser a porta de entrada do sistema único de saúde, e o centro de comunicação e articulação com todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹. As RAS são organizações que visam oferecer à população uma atenção continuada, de forma criteriosa em relação aos aspectos sanitários e financeiros. Sendo assim, funcionam não apenas por meio de uma coletividade, mas também com propósitos comuns, de forma articulada.² A APS é responsável por acompanhar e organizar o fluxo de seus usuários entre os pontos da RAS e atuar no seu cuidado através de uma relação horizontal, promovendo uma atenção integral à saúde do paciente. Tem por função as seguintes: ser base do modelo, ser resolutiva, identificação de riscos e de demandas e propor intervenções efetivas.²

A APS baseia-se nos princípios de acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, integralidade e participação popular. Além disso, a descentralização da saúde é um de seus pilares ao estar presente em diferentes bairros, muitas vezes periféricos, visando a aproximar-se dos usuários. Ao dispor de recursos estruturais e equipamentos adequados, tem por objetivo atender a maioria dos problemas de saúde da comunidade.^{3,4}

As Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹ são as principais estruturas físicas da APS e estão capacitadas para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de toda a população.⁴ As ações em saúde são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, as quais possuem serviços como: consultas médicas, de enfermagem e de odontologia; programas de promoção e de educação em saúde; cuidados e atenção à saúde da mulher, criança e idoso; visitas domiciliares; programa de imunizações; distribuição e administração de medicamentos; procedimentos clínicos ambulatoriais; estudo epidemiológico do bairro, entre outros.⁵

O Programa de Saúde da Família (PSF)⁶, criado em 1994, surgiu para modificar a saúde no Brasil, uma vez que passa a tratar as demandas da população no contexto familiar, e não a patologia isoladamente. Além disso, buscou priorizar a prevenção das doenças e não somente o tratamento delas; evitando, assim, sua progressão para piores formas que poderiam necessitar de atendimento em centros mais especializados.⁷ Tendo em vista que esses princípios constituem uma nova forma de pensar a saúde e para melhor organização sistêmica da APS, em 2006, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶, o PSF transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶, visando a permanência dos cuidados construídos anteriormente.

Dessa forma, a ESF surge como um método de ampliar, qualificar e fortalecer a atenção básica, aprimorando cada vez mais seus princípios e diretrizes. Uma das bases dessa estratégia é a formação de uma equipe multiprofissional integrada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas.¹

Todas as ações executadas na atenção básica visam à promoção da saúde e à prevenção de danos, bem como o diagnóstico e tratamento adequado de diversas patologias, objetivando a manutenção da saúde e um atendimento integral aos seus usuários, atentando sempre para a singularidade e contexto sociocultural de cada indivíduo.¹

Tais serviços supracitados da APS têm se mostrado importantes solidificadores no processo da manutenção de políticas públicas, e os mesmos são avaliados individualmente a partir de ferramentas. A avaliação

do serviço de saúde não só é medida pelo grau de satisfação do usuário no momento do atendimento médico, como também pelo potencial de recuperação do usuário, o acesso aos serviços essenciais para a sociedade e a diminuição da atenção secundária dispensável. Os resultados, além de contribuírem para a melhoria dos diversos atendimentos oferecidos pelo SUS, também permitem o aperfeiçoamento da execução da Estratégia.⁸

Entretanto, é possível evidenciar fatores limitantes ao acesso às UBS, relacionados, principalmente, a obstáculos geográficos e socioeconômicos.⁸ A escassez de funcionários para suprir a alta demanda, somada à inadequada preparação da equipe para atender as demandas da população, são alguns dos fatores que restringem o acesso ao atendimento.⁹ Exemplo disso, é o número reduzido de profissionais da odontologia vinculados a esses serviços do SUS, influenciando, assim, no acesso aos atendimentos, principalmente pela população de menor renda.¹⁰ Ademais, a forma de agendamento de consultas por meio de filas e senhas limita o acesso do usuário, devido ao horário restrito e à quantidade reduzida de senhas disponibilizadas.¹¹ Por fim, esses serviços demarcam incongruência, visto que é uma das maiores queixas da população, mas os gestores insistem em afirmar que marcação e a agenda são abertas.¹²

Além disso, existem outras barreiras no acesso, como: horário de funcionamento desfavorável; longa distância entre a residência e a unidade de saúde; pavimentação precária; falta de segurança do bairro. No que tange o horário de funcionamento, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³ publicou uma estimativa da carga horária semanal de trabalho dos brasileiros, que resultou em um percentual de 72,7 dos indivíduos que trabalham entre 40 a 49 horas semanais, em horário comercial. Sendo assim, infere-se que esses trabalhadores - os quais são maioria - estariam em condição desfavorável para acessar as UBS, uma vez que funcionam, em grande parte, apenas durante horário comercial¹³

As dificuldades diárias vivenciadas pelos usuários acabam por afetar a resolução de suas patologias e a continuidade do cuidado. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é analisar as principais dificuldades no acesso às UBS no município de Pelotas/RS e como isso impacta diretamente a entrada no sistema de saúde no ano de 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através do método estudo de caso. Em um primeiro momento, com caráter exploratório; e, após, caráter descritivo, que objetiva analisar o fluxo de acesso às UBS na cidade de Pelotas/RS no período de junho a dezembro de 2022. A primeira etapa consistiu em coleta de dados, por meio de entrevista semiestruturada, com gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - órgão responsável pela administração das UBS do município. As mesmas são vinculadas a dois grupos de gestão do serviço: rede municipal e universidades. O segundo momento consistiu na análise dos dados e na identificação do fluxo de acesso às UBS no município de Pelotas/RS, assim como pesquisas nas bases de dados referenciais, em busca de artigos de saúde pública que versassem sobre o tema.

RESULTADOS

O município de Pelotas/RS, atualmente, conta com 51 Unidades Básicas de Saúde, sendo 41 unidades administradas pela prefeitura e 6 pelas universidades do município. Ao todo são 100 equipes que trabalham nessas unidades, sendo 76 vinculadas à ESF e 24 ao programa de Equipe de Atenção Primária (eAP)¹⁴. Quanto à cobertura, pelos últimos dados disponíveis do ano de 2020, essas equipes ficaram responsáveis por atingir, respectivamente, cerca de 61% e 22% da população do município.¹⁵

A respeito da composição, cada equipe da ESF é formada por um médico, um enfermeiro e um técnico em enfermagem, que possuem uma carga horária de 40 horas semanais, sendo responsáveis por um território abrangendo 4 mil pessoas. Além desses, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹ também fazem parte da equipe, sendo designado um profissional para cada 750 pessoas.

Por outro lado, as eAP, antigas unidades tradicionais, são compostas pelos profissionais descritos anteriormente, com exceção do agente comunitário de saúde. A carga horária desses profissionais é variável, podendo ser de 20 ou 30 horas, atendendo a uma demanda de 2 a 3 mil pessoas, respectivamente. Além disso, podem ser acrescentados novos funcionários, a depender da demanda populacional de cada território.

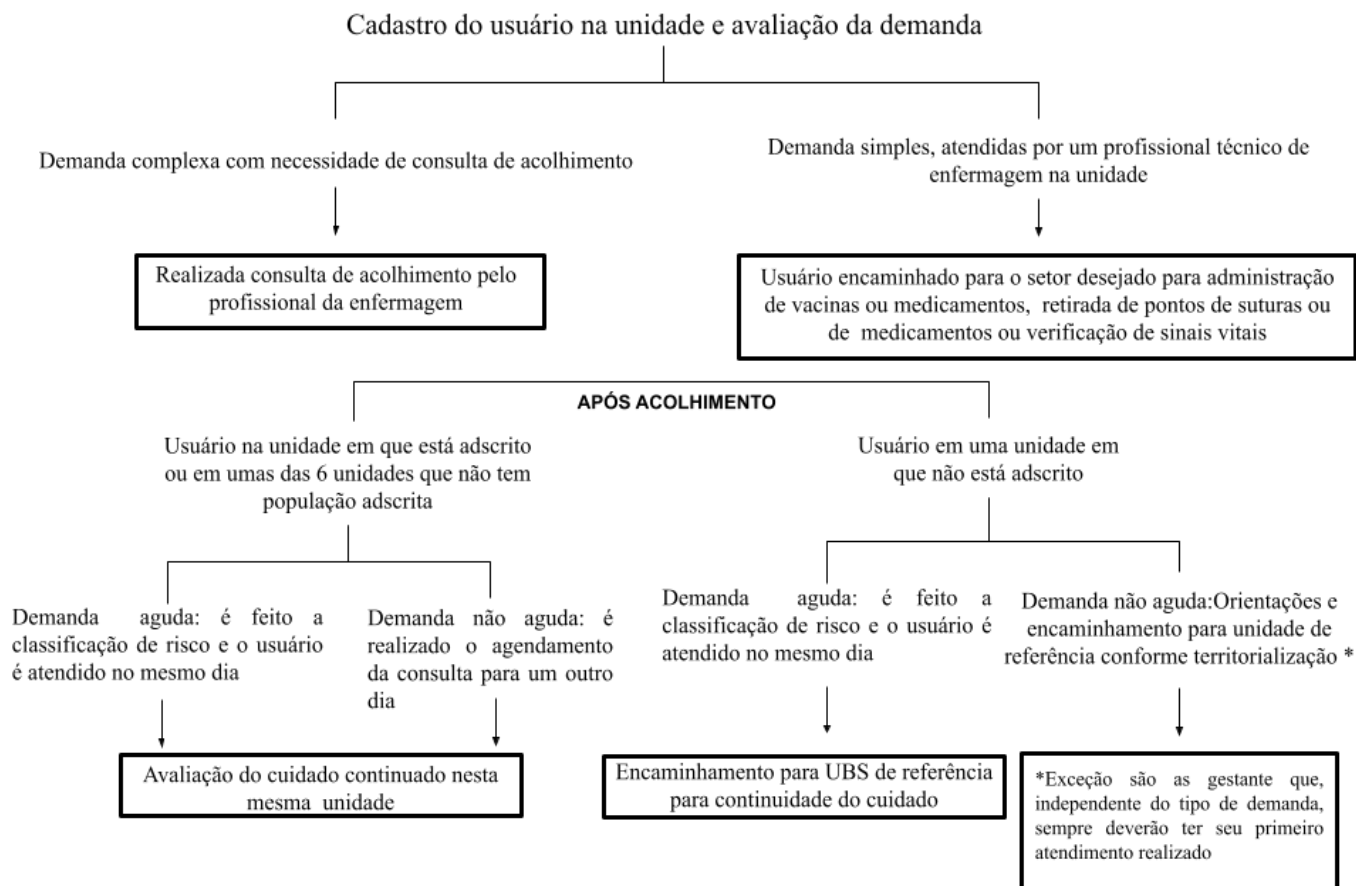
Há, ainda, cerca de 23 equipes de Saúde Bucal (eSB)¹, composta por cirurgiões dentistas e técnicos ou auxiliares de saúde bucal, que fazem parte do quadro de profissionais nas unidades básicas do município. A pesquisa não incluiu outros profissionais de saúde durante a coleta de dados, como psicólogos, fisioterapeutas ou nutricionistas, pois tais serviços não estão disponíveis na maioria das UBS do município.

Em relação à qualificação dos profissionais da atenção básica, a mais recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹ divulgada em 2017 preconiza uma equipe especializada em saúde da família; mas, isso ainda não é um pré-requisito obrigatório.¹ Em Pelotas/RS, a maioria dos profissionais possui essa especialização, por meio de mestrado, doutorado ou residência, por exemplo. Além disso, existem capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde nas equipes da atenção básica. Até setembro, foram 276 horas de capacitação com essas equipes em 2022.

No município de Pelotas/RS, as UBS são divididas em: as que possuem população adscrita, através da estratégia de territorialização, e as que ainda não possuem. São 45 unidades que já trabalham com sua área de abrangência populacional adscrita. Essa divisão está ilustrada através de um mapa da cidade, o qual está disponível na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e em todas as UBS, com planos de estar disponível nas redes sociais da prefeitura em breve. As unidades que funcionam sem população adscrita podem receber a demanda da população de qualquer localidade da cidade. Entre elas, estão: UBS Salgado Filho, UBS Frajet, UBS Pam Fragata, UBS Cruzeiro e UBS Porto e UBS Puericultura. Há um planejamento em curso para que todas as UBS da cidade adotem a estratégia de territorialização, a fim de que toda a população esteja adscrita. Esse novo planejamento ainda deverá ser passado no Conselho de Saúde e na Câmara Municipal de Saúde.

Nas situações em que os usuários necessitam dos serviços da saúde básica do município, mas ainda não sabem qual é a sua unidade de referência, precisam deslocar-se até a UBS mais próxima. Caso a demanda seja simples, ou seja, atendida por um técnico de enfermagem, como aplicação de vacinas, administração ou retirada de medicamentos, realização de curativos, retirada de pontos de suturas ou verificação de sinais vitais, eles serão prontamente atendidos. Por outro lado, caso apresentem uma demanda

Figura 1. Fluxograma do primeiro contato do usuário com a UBS



Fonte: Elaborado pelas autoras

mais complexa, serão direcionados para uma consulta de acolhimento, com um profissional da enfermagem, que segue normas e protocolos de classificação de risco.

No acolhimento, é definido se o usuário necessita de atendimento médico no mesmo dia ou se poderá ser agendado posteriormente. Se o usuário for adscrito na unidade em que buscou atendimento, a demanda aguda será resolvida e ele será conduzido a um cuidado continuado a longo prazo. Caso o usuário não seja adscrito desta unidade, a demanda aguda será resolvida da mesma maneira; no entanto, após a resolução do problema, ele será encaminhado à sua unidade de referência, para os demais cuidados continuados. A orientação da SMS é de que as UBS acolham no primeiro atendimento e que, posteriormente, estabeleça-se contato direto com a unidade de referência do paciente, conforme a localização da sua residência.

Em relação às gestantes, essas sempre deverão ser direcionadas a uma consulta de pré-natal no primeiro contato com a unidade, independente da sua unidade de referência ou do tipo de demanda apresentada.

Na figura abaixo, está descrito, em resumo, como é o acesso do usuário às UBS, iniciando pelo primeiro contato até a resolução ou da demanda ou encaminhamento.

Ainda, a SMS orienta que a totalidade das unidades deve atender as demandas de seu território. Em casos excepcionais, em que a unidade responsável pelo usuário não possui um determinado serviço básico, como pré-natal, por exemplo, a UBS deverá entrar em contato com outra unidade de saúde e encaminhar o paciente. O encaminhamento para o serviço especializado só será realizado caso seja evidenciado necessidade clínica, a partir da estratificação de risco.

Outro ponto orientado pela SMS é de que todas as UBS realizem um mapeamento de seu território e identifiquem as barreiras existentes, incentivando-as à resolução localmente. Dependendo da complexidade e da não possibilidade de resolução dessas questões, essas demandas são repassadas à secretaria, a qual tomará as devidas providências.

Das últimas notificações repassadas à SMS, a maioria relaciona-se à estrutura física das unidades. Alguns exemplos citados foram: falta de rampa de acesso; vazamentos; problemas da rede de esgoto e falta de materiais. Por fim, segundo a SMS, esses problemas foram pontuais, e estavam dentro do planejamento de manutenção das unidades.

Em relação ao horário de funcionamento, grande parte das UBS do município de Pelotas funcionam em horário comercial, divididos em dois turnos de 4 horas em cada. O horário de início e de término do expediente varia conforme a unidade - certas unidades funcionam das 7h30-11h30; 13h30-17h30 e outras das 8h-12h; 13h-17h. A SMS também objetiva padronizar o horário de funcionamento das UBS. Existem, ainda, 4 unidades que funcionam com o terceiro turno, das 17h-21h, são elas: UBS Py crespo, UBS Frajet, UBS Lindóia e UBS Navegantes. Além disso, há um projeto de ampliar o horário estendido para outras unidades.

A intercomunicação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade com a atenção básica se dá de diferentes formas. Os hospitais, os quais correspondem ao nível de atenção em saúde terciário, comunicam-se através da nota de alta, o qual resume a história clínica do paciente e os procedimentos realizados durante a internação. Quanto à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), representante do nível secundário, a comunicação ocorre por meio de planilhas contendo dados e condições clínicas dos pacientes que tiveram internações recorrentes e patologias crônicas; tornando possível que a equipe da SMS, com acesso aos dados, referencie os pacientes para suas unidades de saúde. Por fim, há um grupo de casos intersetoriais, que incluem representantes da saúde mental, rede da criança, rede do idoso e CRAS, que discutem situações específicas para tentar suprir a demanda de forma longitudinal.

DISCUSSÃO

Conforme a cobertura da Atenção Básica na unidade geográfica Sul, no município de Pelotas/RS, em dezembro de 2020, a população total do município era de 342.405 habitantes, com 61 equipes de ESF e 12 equipes de eAP.¹⁵ Comparando com os dados atuais obtidos com a SMS, houve um ganho de aproximadamente 23% no número de equipes de ESF e 100% no número de equipes eAP. Apesar disso, não é possível afirmar que houve

aumento na cobertura, devido à falta de dados populacionais do censo de 2022. Vale ressaltar, ainda, que o aumento observado no número de equipes no município pode atribuir-se à mudança na forma de financiamento da atenção primária, que agora se dá por meio do número de equipes registradas no Cadastro Nacional, e não mais pelo número de atendimentos realizados.

No cenário do PSF, a área de Odontologia recebeu grandes estímulos com a criação de políticas como o Brasil Sorridente, lançado em 2004, quando conseguiu ampliar e capacitar os atendimentos ofertados.¹⁶ A determinação inicial era de manter a relação de uma eSB para duas Equipes de Saúde da Família.¹⁶ Dessa forma, observa-se que a oferta, no município de Pelotas/RS, não atingiu o objetivo pré-estabelecido, visto que, atualmente, existem 23 eSB e, para manter a relação adequada com o número de equipes de ESF, deveriam ter, no mínimo, 37 eSB. Historicamente, a proporção de profissionais da odontologia que atuam no SUS reduziu 16% em um período de 10 anos, atingindo cerca de 46% em 2017.¹⁰ Diante disso, percebe-se a importância da criação de novas políticas de incentivo, para que esses profissionais atuem de forma plena nas unidades básicas de saúde, atendendo integralmente os pacientes daquela área.

Em busca de maior qualificação profissional e como estratégia de incentivo, o Ministério da Saúde (MS)¹ preconiza o repasse de verbas adicionais às UBS que possuem profissionais da Medicina, Enfermagem e Odontologia especializados ou em processo de especialização em Saúde da Família, oferecidos por programas de residência em Atenção Básica. No município de Pelotas/RS, semelhante estratégia está sendo implementada, a qual visa à valorização do profissional de saúde com especialização em Saúde da Família, uma vez que a SMS tem como proposta aumentar o salário desses médicos em detrimento do profissional sem a mesma. Assim, fica evidente a importância do incentivo à especialização e - não somente a capacitação - profissional voltada à atenção básica para que se ofereça, cada vez mais, um serviço qualificado aos usuários.¹⁷

Durante a análise dos dados obtidos, observou-se que apenas cerca de 88% das UBS de Pelotas/RS possuem sua área populacional adscrita. Esse cadastramento permite aos usuários o acesso integral à unidade de

referência, a criação de vínculos com a equipe e a identificação de demandas específicas para cada área de abrangência, ressaltando áreas que possuam algum tipo de risco. Dessa forma, evidencia-se a relevância do cadastramento da população a uma unidade próxima da sua residência. A partir disso, pode-se reconhecer as necessidades da população adscrita e formular atividades de promoção em saúde.^{18, 19} Por outro lado, ao ficar à margem da abrangência territorial proposta pela ESF, a população não adscrita deixa de receber os serviços e cuidados oferecidos nas unidades e, por consequência, um dos princípios do SUS, o da longitudinalidade, é lesado.

O acolhimento visa à qualificação do sistema de saúde, promovendo um acesso facilitado, integral e justo; a criação de vínculos entre a população e os profissionais; funcionamento com agenda programada e atendimento das demandas espontâneas. Tal modalidade pode ser atendida por diferentes profissionais da equipe, como enfermeiros, médicos, dentistas e assistentes sociais, os quais devem possuir conhecimento do fluxo de atendimento da UBS e dos encaminhamentos necessários para resolução da demanda.²⁰

Fica evidente que o conhecimento das necessidades específicas das áreas do município e das comunidades existentes é essencial, não somente para a construção de uma política voltada à promoção de saúde, mas também para o sucesso da estratégia de acolhimento. Desse modo, as equipes das unidades estarão equipadas com o conhecimento necessário, a fim de serem os agentes promotores de saúde preventiva e curativa.²⁰ Vale ressaltar, ainda, que durante a coleta de dados, não foi possível concluir que tal prática é realizada de forma plena no município de Pelotas/RS.

Outro fator a ser considerado no acesso adequado da população às unidades é a estratificação de risco e a determinação da prioridade do atendimento. Para isso, devem ser avaliados: idade, grupos prioritários, sofrimento psíquico, vulnerabilidade, entre outros. Após avaliação inicial, os indivíduos são classificados em cores conforme a gravidade da demanda. Pacientes classificados como vermelho devem receber atendimento imediato, sendo necessário a presença de um médico; quando amarelo, o risco é moderado e o atendimento deve ser prioritário, necessitando de intervenção breve da equipe responsável. Já os incluídos na cor verde são de baixo risco ou

ausência de risco importante, os quais serão atendidos no mesmo dia. Por fim, pacientes triados na cor azul são aqueles não possuem risco e serão agendados conforme a demanda da unidade.²⁰

Visto que os outros setores acabam ficando sobrecarregados com as demandas que poderiam ser resolvidas e melhor atendidas na atenção básica, em 2019, o MS, anuncia e incentiva a extensão dos horários de funcionamento das UBS, com a disponibilização do dobro de repasse de recursos federais para o município que aderisse à proposta.²¹ No mesmo ano, foi publicado no blog da saúde, um relato de que as UBS que funcionavam após as 18h constataram o dobro do número de atendimentos; evidenciando, então, a importância da implementação do terceiro turno em unidades oportunas. Além disso, nesse relato, os usuários referiram que além do horário de trabalho conciliar com o horário de funcionamento das unidades, a burocracia para o empregador aceitar os atestados médicos era tamanha.²² A ideia da ampliação, sugerida pelo ministro, era de extensão do funcionamento para o horário de almoço, à noite e aos finais de semana e, assim, seria possível desafogar os serviços de alta complexidade com as demandas de baixa complexidade.

Para aderir à proposta de extensão, que preconiza uma carga horária de 60 a 75 horas semanais, as unidades devem atender a alguns requisitos, como manter a composição das equipes de Saúde da Família (eSF)¹ - com o médico, o enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde -, sem reduzir o número de equipes que já atuam no município. Além disso, a unidade deve funcionar sem intervalos para almoço, de segunda a sexta-feira, sendo opcional o complemento das horas aos finais de semana. A unidade também deve implementar o prontuário eletrônico e mantê-lo atualizado.

Segundo o MS, os gestores locais têm autonomia para decidir e elencar quais unidades de saúde terão o horário de funcionamento ampliado, conforme a demanda local e com os requisitos pré-estabelecidos.²³ Entretanto, um grande empecilho nessa adesão é a contratação de profissionais de saúde, principalmente dos médicos, os quais não assumem 40h semanais ou mais de trabalho, para que a unidade se enquadre nos pré-requisitos básicos para a ampliação. Isso acontece porque os médicos possuem outros vínculos

empregatícios ou fazem outras capacitações, como a residência médica, que possuem grande carga horária, e os impossibilita de assumir uma carga horária estendida na ESF.

Como tentativa de suprir a baixa procura de emprego pelos profissionais da saúde nas unidades, a SMS acaba tendo que arcar com os custos de contratação com carga horária menor de 40h semanais, esgotando os recursos financeiros, uma vez que o repasse de recursos federais à SMS, através do MS, só acontece mediante contratação de no mínimo 40h semanais.

O Sistema “Único” de Saúde que existe na prática acaba por não ser unificado de forma integral. No município de Pelotas/RS, a atenção à saúde é protagonizada por níveis de complexidade que, muitas vezes, apresentam-se isoladamente. De forma geral, o nível terciário não tem comunicação direta com a APS. Por exemplo, a alta cirúrgica, muitas vezes, ocorre sem que o paciente saiba concretamente onde será feito o acompanhamento dos cuidados pós-cirúrgicos. O contrário também acontece, quando os níveis primário e secundário podem falhar ao estabelecer uma ponte para que o paciente seja introduzido ao nível terciário. Sendo assim, a realidade evidencia barreiras no acesso ao sistema de saúde que ultrapassam a APS, atingindo outras complexidades. Porém, ainda são necessários estudos mais abrangentes em relação às inequações vistas nos diferentes níveis de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo, foi possível perceber pontos exitosos e questões passíveis de aprimoramento no funcionamento da Atenção Básica no município de Pelotas/RS. No que tange ao acesso, objeto de estudo, evidenciou-se que uma das principais questões, promovível à barreira, e a qual dificulta a entrada de parte da população no sistema, foi a falta de horário estendido nas unidades. Além disso, a carência de alguns profissionais, como odontólogos, pode impedir que a população tenha acesso com fluidez a esse serviço.

Em relação ao encaminhamento e transferência dos pacientes entre os serviços e às UBS, as fragmentações no sistema podem impedir o

atendimento pleno e longitudinal da comunidade, confirmando uma barreira ao acesso. Para solucionar tal questão, o uso da tecnologia deve ser protagonista ao criar-se políticas e programas que visem à melhor integração e comunicação entre as diversas complexidades na cidade, a fim de melhor transladar os pacientes entre os serviços responsáveis, garantindo o princípio básico de Universalidade.

Viu-se, também, a importância de a totalidade da população estar adscrita às unidades, tema o qual já está em trâmite como projeto de lei no município. Para auxiliar na disseminação dessa política, poder-se-ia criar um sistema tecnológico. Uma possibilidade seria a criação de uma plataforma digital que informasse ao paciente, automaticamente, a sua unidade de referência, de acordo com o seu local de residência, em forma de disponibilização digital do mapa de abrangência territorial. Esse mapa prático e de rápido acesso ficaria disponível tanto aos profissionais de saúde, como aos usuários do sistema, facilitando o acesso. O paciente também poderia ter acesso a outras informações de sua saúde, como calendário vacinal, consultas agendadas e dispensação de medicamentos. Tal plataforma pode ser amplamente distribuída, em forma de aplicativo ou site, em redes oportunas de informação, como no site da prefeitura do município e em pontos de grande circulação de pessoas, como pontos de ônibus. Nesse sentido, o grande objetivo desse sistema integrado de informações seria a autonomização do paciente frente ao conhecimento de sua unidade de referência.

A mudança da forma de atendimento, a qual migrou para o sistema de acolhimento, foi benéfica, ao permitir o acesso mais amplo e facilitado da comunidade. Ademais, a presença, nas unidades básicas, de profissionais especializados em saúde da família, garante atendimento e cuidado de qualidade aos usuários. Por fim, ao analisar os dados coletados, conclui-se que o acesso às unidades básicas de saúde em Pelotas/RS está em desenvolvimento para incluir os cidadãos de forma plena, visando a cumprir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

2. Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-305.
3. Gonçalves MA. Organização e funcionamento do SUS. Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Florianópolis, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.52 p. il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Brasília, 2020.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(6):1027-34.
8. de Souza KOC, Ribeiro CJN, Santos JYS, Araújo D da C, Peixoto MV da S, Fracolli LA, et al. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. *Acta Paulista Enferm.* 2022;35: eAPE01076.
9. Souza ECF, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2007;24(Sup 1):S100-10.
10. Viacava F, de Oliveira RAD, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cien Saude Colet.* 2018 jun 1;23(6):1751–62.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Relatório analítico do segundo ciclo. 2015.
12. Viegas APB, Carmo RF, da Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude Soc.* 2015;24(1):100–12.
13. Pinho ECC, Cunha TAN, Lemos M, Ferreira GRON, Lourenção LG, Pinheiro HHC, et al. Acesso e acessibilidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil [Internet]. *Enferm Foco.* 2020;11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3449>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da atenção primária no município de Pelotas - RS no ano de 2020. e-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. 2021

16. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. RGO - Rev Gaucha Odontol. 2011;59(1):109-15.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2019.
18. Gondim GM de M, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. 2008;1:237-56.
19. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiuscia Graziela Pereira. Florianópolis: UFSC, 2016.
20. Prefeitura Municipal de Pelotas, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Atenção Primária. Protocolos da Atenção Primária em Saúde. Protocolo de acolhimento na Atenção Primária em Saúde. Pelotas; Junho 2022.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de maio 2019.
22. Tiné L. UBS que funcionam após as 18h registram aumento no atendimento. TELELAB: diagnóstico e monitoramento. Blog da Saúde. 2019.
23. Beraldo N, Bogaz C. UBS que ampliar horário de funcionamento receberá mais recursos federais. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Abril de 2019.
24. Oliveira NRC. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016.